

Artigo Original

DOI: [dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p14-37](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p14-37)

Roseli Schminski Vieira¹
Reginaldo de Souza Vieira¹

SAÚDE DO IDOSO E EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA IDOSA NAS AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Elderly health and implementation of the Brazilian National Health Policy for Elderly Persons on the performed actions in basic healthcare

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma/SC, Brasil.

Correspondência: Reginaldo de Souza Vieira. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.

Recebido em: 22/04/2015. Revisado em: 30/06/2015. Aprovado em: 03/07/2015.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi formulada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 2.528/2006, em consonância com a Constituição de 1988. O estudo investigou se os municípios de uma região do Sul do Estado de Santa Catarina conhecem e aplicam a PNSPI durante as ações realizadas na atenção básica à saúde, em especial nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, à luz do que dispõem a Constituição e o Estatuto do Idoso. Na pesquisa, utilizou-se o método dedutivo, com abordagem qualitativa e pesquisa descritiva. Como resultados, destacam-se as dificuldades apresentadas pelos sujeitos da pesquisa acerca de dois pontos importantes das diretrizes e estratégias da PNSPI: a falta de uma política planejada e contínua de educação em saúde para os idosos; e a inexistência de estímulo ao exercício do controle social, no âmbito seja da saúde, seja do Conselho Municipal da Pessoa Idosa.

Palavras-Chave

Atenção Primária à Saúde; Direito à Saúde; Direitos Humanos; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian National Health Policy for Elderly Persons (PNSPI – in Portuguese) was formulated by the Ministry of Health through Ordinance No. 2.528/2006 in line with the 1988 Brazilian Constitution. The study investigated whether municipalities from the South region of the State of Santa Catarina had knowledge and applied the PNSPI, on the performed actions in basic healthcare, especially on the Units of Family Healthcare Services based on what the Constitution and the Statute of the Elderly comprise. A deductive method with a qualitative approach and a descriptive research were used. As a result, some difficulties experienced by the research subjects related to two important points of policies and strategies of PNSPI were identified: the lack of a planned policy and of a continuous health education for the elderly; and the lack of a stimulating exercise of social control, whether in the health sector, or in the Municipal Council of Elderly People.

Keywords

Basic Healthcare; Elderly Health; Health Right; Health Services; Human Rights.

Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹ (CF/88), no *caput* do seu artigo 230, erigiu o direito do idoso ao *status* de direito fundamental, que deve ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família.

Os direitos fundamentais surgem com a constitucionalização dos direitos humanos – ou seja, com sua positivação no texto constitucional dos Estados –, aplicáveis e vinculáveis de maneira imediata às entidades públicas e privadas. Já os direitos humanos se caracterizam por serem reconhecidos em documentos internacionais e considerados válidos para todos os povos². Essa validade universal dos direitos humanos deve respeitar o contexto do lócus de seus destinatários.

O prescrito na CF/88, bem como as regulamentações infraconstitucionais que se seguiram, reconheceu o direito do idoso como um direito fundamental inerente a todo ser humano que se encontre no território brasileiro, sofrendo influência dos seguintes documentos internacionais que trataram dos direitos humanos dos idosos: (a) o 1º Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, de 1982; e (b) o 2º Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, de 2002.

A 1ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da ONU aprovou em 1982 o 1º. Plano de Ação Internacional, estruturado em 62 recomendações. Um dos principais méritos do Plano foi inserir, na agenda internacional, a temática do envelhecimento da população e as ações que os organismos internacionais, os Estados e a sociedade deveriam pautar nesse contexto³. Apesar de o foco do documento ter sido os países desenvolvidos, suas recomendações influenciaram a construção de um novo arcabouço jurídico, inclusive com *status* constitucional em diversos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil no texto da Carta Constitucional de 1988⁴.

O 2º Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento foi fruto da 2ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da ONU, que ocorreu em 2002, em Madri. O relatório da Assembleia inclui mais de cem recomendações, com

¹BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 fev. 2015.

²CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 6. ed. Coimbra: Almedina, 2002. GUERRA FILHO, Willis Santiago. *Direitos fundamentais, processo e princípio da proporcionalidade*. In: _____. (Org.). *Dos direitos humanos aos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997. p. 11-29. MIRANDA, Jorge. *Manual de direito constitucional*. 3. ed. Coimbra: Coimbra Ed., 2000. Tomo IV: direitos fundamentais. SILVA, José Afonso. *Direito constitucional positivo*. 34. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2011.

³PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE O ENVELHECIMENTO. *Relatório*, 1982. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

⁴SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Pessoa idosa: documentos legais*. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2_of_DOCUMENTOS_LEGAIS.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015. CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

três eixos prioritários: (a) pessoas idosas e desenvolvimento; (b) promoção da saúde e do bem-estar na velhice; e (c) assegurar ambientes propícios e favoráveis aos idosos⁵. Nesse novo plano, o foco não foi mais as políticas para o envelhecimento da população dos países desenvolvidos, mas daqueles que estavam em processo de desenvolvimento⁶.

Ele consagrou uma concepção dos direitos humanos dos idosos, mais completa do que aquela formulada no primeiro Plano, e lançou as bases para a política de envelhecimento ativo. Este é compreendido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”⁷.

Essas bases teóricas dos documentos internacionais sobre os direitos humanos dos idosos, como já dito, foram recepcionadas pela CF/88 e no âmbito infraconstitucional, em especial com o texto da Lei Federal n. 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso.

Em seu artigo 3º, o Estatuto do Idoso dispõe que é obrigação

da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à **saúde**, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar⁸. (grifo nosso)

Deve ser destacado que esse novo arcabouço acerca dos direitos dos idosos reflete a mudança demográfica que vem ocorrendo no Brasil, que, por sua vez, impele o Estado a repensar suas ações na área de saúde para essa nova realidade. Nos dados concretizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, foi aferido que a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, sendo que aproximadamente 21 milhões deles – o equivalente a 11% da população – são pessoas idosas⁹. Já na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013, o percentual apurado de idosos foi de 13% da população. A expectativa de vida ao nascer aferida foi de 74,8% – das mulheres chegando a 78,5 anos, enquanto que a dos homens é de 71,2 anos¹⁰.

⁵PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE O ENVELHECIMENTO. *Relatório*, 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

⁶CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. op. cit.

⁷OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 13. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

⁸BRASIL. *Lei Federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

⁹IBGE. *Censo de 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

¹⁰Id. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos & pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, n. 34, 2014. Disponível: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

Na amostra de dados colhida na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, observa-se que 44,4% dos idosos com idade entre 60 a 64 anos são acometidos pela hipertensão, que pode causar infarto agudo do miocárdio (IAM), infarto fulminante e acidente vascular encefálico (AVE); entre os de 65 a 74 anos, o percentual é de 52,7%; e de 55% para os que têm 75 anos ou mais. Já a diabetes atinge mais de 19% dos idosos com idade de 65 anos ou mais¹¹.

O aumento da expectativa de vida da população acarretou o crescimento de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, as doenças crônico-degenerativas e suas complicações incorporaram um grave quadro diante da maior sobrevivência da população, exigindo uma reavaliação das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, bem como o aporte de maior volume de recursos financeiros para esse setor¹².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “em 2020, pela primeira vez na história, as pessoas acima de 60 anos serão mais numerosas que as crianças menores de cinco anos. Em 2050, a população mundial com 60 anos ou mais deverá totalizar 2 bilhões [...]”¹³. A OMS estima que, até 2025, o Brasil será o sexto país mais envelhecido do mundo, abrindo mais de 32 milhões de idosos¹⁴. Neste sentido, enquanto a França levou mais de cem anos para que sua população idosa passasse de 7% para 14%, o Brasil, a China e Tailândia chegarão a crescimento demográfico semelhante em pouco mais de 20 anos¹⁵.

Tal realidade, conforme a OMS, torna necessário o rompimento de estereótipos que enxergam a velhice e a pessoa idosa como um fardo, e não como indivíduos que ainda têm muito a contribuir com a sociedade¹⁶.

Com base neste contexto, em 2006 o Ministério da Saúde, preocupado com o aumento da população idosa e a alteração do perfil epidemiológico no país, percebeu a necessidade de realizar algumas mudanças no setor da saúde a fim de promover melhor qualidade no cuidado com a saúde das pessoas da terceira idade. Diante disso, foi apresentado à sociedade brasileira o “Pacto pela Saúde”, que entrou em vigor pela Portaria MS n. 399/2006¹⁷, representando um compromisso assumido

¹¹IBGE. *Pesquisa nacional de saúde - 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidade da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

¹²OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; RIBEIRO, Mônica Priscila; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. *Saúde do idoso*. In: _____; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 305-357.

¹³WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. “*Envelhecer bem*” deve ser uma prioridade global. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

¹⁴OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, cit

¹⁵WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Good health adds life to years: global brief for world health day 2012*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

¹⁶Id. Ibid.

¹⁷MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

pelos gestores do SUS com prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira¹⁸.

A saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas pelas três esferas de governo, tendo sido apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria MS n. 2.528/2006¹⁹.

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar se os municípios que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) do estado de Santa Catarina têm conhecimento e aplicam a PNSPI durante as ações realizadas na atenção básica à saúde, em especial nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), à luz do que dispõem a CF/88 e o Estatuto do Idoso.

Nesse sentido, percebe-se a importância da temática, tendo em vista que a atenção à pessoa idosa caracteriza-se como uma das políticas públicas fundamentais do Estado brasileiro. Por conseguinte, compreender se os municípios – principalmente aqueles não localizados nos grandes centros econômicos e políticos (entre eles as capitais dos estados) conhecem e aplicam a PNSPI na atenção básica à saúde alinha-se ao esforço permanente de consolidação e concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

I. Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa aplicou a abordagem qualitativa²⁰ e a pesquisa descritiva²¹, por meio das quais pretendeu colher informações nos municípios que compõem a AMREC. Os dados foram coletados nas respostas dadas pelos coordenadores da atenção básica à saúde (nas UESF) desses municípios a uma entrevista semiestruturada²², direcionada ao conhecimento deles acerca da temática abordada no presente estudo.

Os procedimentos técnicos foram baseados em levantamento de dados coletados durante entrevista semiestruturada individual aplicada aos coordenadores das

¹⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. KEINERT, Tânia Margareth Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

¹⁹BRASIL. *Portaria MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

²⁰MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29. MEZZAROBBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. *Manual de metodologia da pesquisa no direito*. São Paulo: Saraiva, 2003.

²¹LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

²²CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: _____. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66.

UESF desses municípios, com questões preestabelecidas e direcionadas ao conhecimento acerca da temática abordada neste estudo.

A AMREC, situada no sul do estado de Santa Catarina, é composta por 12 municípios: Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga e Balneário Rincão (este foi desconsiderado porque sua primeira eleição municipal foi realizada apenas em 2012, sendo oficialmente instalado em 1º de janeiro de 2013, não tendo completado um ciclo de mandato de seus primeiros gestores e responsáveis pelas ações de saúde). Portanto, a pesquisa compreendeu 11 dos 12 municípios da AMREC.

O estudo foi realizado com 91% dos coordenadores da atenção básica à saúde (UESF) dos municípios objetos da pesquisa. Somente em um deles não pôde ser realizada a pesquisa, apesar das várias tentativas de aplicação.

A coleta de dados deu-se em dois momentos: primeiramente, foi feita a pesquisa bibliográfica como suporte teórico para a execução do estudo de campo. No segundo momento, foi realizada entrevista semiestruturada, contendo um roteiro composto por 14 perguntas direcionadas aos coordenadores das UESF desses municípios. Eles foram questionados quanto ao conhecimento sobre a PNSPI e se a aplicam durante as ações realizadas na atenção básica à saúde, especialmente nas UESF, à luz do que está disposto na CF/88 e no Estatuto do Idoso.

Quanto aos procedimentos éticos e legais adotados, este estudo atendeu aos requisitos da Resolução n. 466/2012²³ do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), onde restou aprovado de acordo com o Parecer n. 123.215, de 19 de outubro de 2012. Obteve-se também o consentimento dos sujeitos do estudo para a realização de entrevista semiestruturada individual, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para evitar a nomeação dos participantes do estudo, estes foram identificados com codinomes de flores.

II. Resultados e discussão

A análise e a interpretação dos dados qualitativos foram realizadas por categorização, observadas a ordenação, a classificação e a análise final dos dados pesquisados. Os resultados da pesquisa foram agrupados em sete eixos principais: (a) perfil da amostra: a caracterização dos sujeitos do estudo; (b) qualificação obrigatória dos coordenadores da atenção básica à saúde; (c) conhecimento do Estatuto do Idoso pelos sujeitos da pesquisa; (d) conhecimento da PNSPI pelos sujeitos da pesquisa; (e) ações realizadas nos municípios da AMREC para os idosos na atenção

²³CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

básica à saúde, em especial nas UESF, de acordo com a PNSPI; e (f) dificuldades para a aplicação da PNSPI nos municípios da AMREC.

1. Perfil da amostra: caracterização dos sujeitos do estudo

Noventa por cento dos sujeitos da pesquisa são do sexo feminino. Constatou-se que 50% são casados, 40% são solteiros e 10% divorciados. Metade dos entrevistados tem entre 35 e 49 anos, 40% têm entre 25 e 34 anos e apenas um está na faixa de 50 a 59 anos. Apurou-se que 50% dos sujeitos da pesquisa estão atuando há pelo menos quatro anos no cargo, enquanto os demais 50% têm menos de quatro anos como coordenadores de atenção básica à saúde nas UESF. Oitenta por cento dos entrevistados possui graduação em Enfermagem, um é graduado em Serviço Social e um possui apenas o Ensino Médio.

A prevalência do profissional enfermeiro na coordenação da atenção básica à saúde é inerente à própria matriz formativa dessa categoria profissional e da legislação que a regulamenta (Lei n. 2.604/1955²⁴, Decreto n. 50.378/1961²⁵, Lei n. 7.498/1986²⁶ e Decreto n. 94.406/1987²⁷) – que possibilita aos enfermeiros atuar em gestão, planejamento e execução das políticas públicas de saúde, tanto no contexto da prevenção quanto no da promoção e da recuperação da saúde da população²⁸.

No que diz respeito ao tempo de atuação na função de coordenador da atenção básica à saúde, percebeu-se que este coincide com o mandato do Executivo municipal (de janeiro de 2008 a dezembro de 2012), denotando que a função é ocupada por critérios políticos, e não somente técnicos. Esse contexto, muitas vezes aliado à ausência de concursos públicos para o acesso aos cargos públicos dos profissionais de saúde de alguns dos municípios da amostra, acaba se tornando um limitador para o planejamento e a execução de ações de saúde de médio e longo prazo, como é o caso da PNSPI.

²⁴BRASIL. *Lei Federal n. 2.604, de 17 de setembro de 1955*. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L2604.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

²⁵BRASIL. *Decreto Federal n. 50.738, de 07 de junho de 1961*. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1961-06-07:50738>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

²⁶BRASIL. *Lei Federal n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

²⁷BRASIL. *Decreto Federal n. 94.406, de 08 de junho de 1987*. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

²⁸SCHMINSKI VIEIRA, Roseli et al. A atuação dos enfermeiros nas notificações compulsórias de trabalho precoce, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Criciúma/SC. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 132-156, mar./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55698/59114>>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p132-156>. VIEIRA, Reginaldo de Souza. *A cidadania da República participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde*. 2013. 540f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2013.

2. Qualificação obrigatória dos coordenadores da atenção básica à saúde

Segundo o ponto de vista dos entrevistados, todos estão devidamente atualizados em relação à legislação atinente ao cargo que exercem na coordenadoria da atenção básica à saúde, requisito obrigatório para a função. Isso se verifica nas falas abaixo transcritas:

[...] Sempre devemos estar atualizadas, porque a legislação das Unidades de Estratégia Saúde da Família muda sempre e é um instrumento norteador do nosso trabalho, e [é preciso] adequar conforme a nossa necessidade (Amor Perfeito).

[...] Para ter conhecimento específico na área de atuação. E para informação no que podemos ou não atuar, conforme a legislação profissional (Violeta).

A importância da atualização e do amparo legal para o adequado exercício da função também foi ressaltada nas respostas coletadas:

[...] É necessário estar sempre se atualizando para desenvolver as ações, os projetos, as capacitações, arrecadações de recursos, informações para sabermos o que podemos melhorar para o nosso município (Orquídea).

[...] Pois realizamos atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Camélia).

O exercício do cargo exige criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

As práticas formativas devem objetivar a preparação do profissional para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para que isso ocorra, é necessária uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação²⁹.

3. O conhecimento do Estatuto do Idoso pelos sujeitos da pesquisa

Pelas respostas obtidas na pesquisa, todos os entrevistados conhecem o Estatuto do Idoso – que foi criado com o objetivo de “[...] regular os direitos assegurados

²⁹COSTA NETO, Milton Menezes (Org.). *Educação permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (artigo 1º)³⁰. Ademais, com base nos dados coletados, 90% dos entrevistados mostraram conhecer a idade que uma pessoa deve atingir para ser considerada idosa – 60 anos, conforme prescrito no Estatuto do Idoso.

As ações de saúde voltadas para os idosos devem, então, pautar-se no princípio da integralidade que norteia as políticas públicas de saúde prescritas na CF/88.

No que diz respeito à compreensão sujeitos da pesquisa sobre o Estatuto do Idoso, cinco deles expressaram que a lei refere-se aos direitos e deveres dos idosos. Já para os outros cinco, o Estatuto do Idoso é um instrumento de orientação sobre os direitos, proteção, lazer, segurança, garantia de cuidados com a saúde e com a doença, bem-estar e qualidade de vida relativos à pessoa idosa. As respostas também expõem a necessidade de um olhar amparado na integralidade durante a prestação de serviços e ações de saúde à pessoa idosa, conforme resta abaixo transcrito:

[...] Direito integral no atendimento à saúde de forma geral (Orquídea, Amor Perfeito).

[...] Dos direitos que a pessoa idosa tem garantidos na Constituição da República Federativa do Brasil. Assegura a sua qualidade de vida e sua necessidade (Tulipa).

[...] Dos direitos dos idosos, do lazer, do modo especial no direito à saúde, à assistência integral e humanizada, mas infelizmente não é muito aplicado. Acredito que os idosos têm pouca informação sobre a legislação que [os] protege (Ciclame).

[...] Pois realizamos atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Camélia).

A adoção de uma concepção de pessoa idosa como sujeito de direitos e como detentora de direitos fundamentais – na qualidade de um direito social a ser garantido principalmente pelo Estado (entre as ações estatais, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social³¹), com a participação da família (inclusive o direito à assistência material entre pais e filhos no artigo 229 do texto constitucional) e da sociedade – somente veio a

³⁰BRASIL. *Lei Federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*, cit.

³¹BRASIL. *Lei Federal n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ser efetivada no Brasil com o advento da CF/88, que inseriu a proteção ao idoso no título referente à ordem social, em especial em seu artigo 230³². Nesse sentido, o texto da CRFB/1988 rompe com o modelo anterior, desenvolvido historicamente nos textos das Constituições prévias – que, além de não tratarem do assunto, ainda limitavam a proteção do idoso ao pagamento de benefícios previdenciários aos que tivessem vínculo com a Previdência Social, os quais eram também beneficiários das ações de saúde realizadas com base em sistema contributivo e não universal, de caráter de seguro social³³.

Em consonância com o disposto na CF/88, houve a edição da Lei n. 8.842/1994, dispondo sobre a Política Nacional do Idoso³⁴. Os artigos referentes à criação do Conselho Nacional do Idoso foram vetados pelo presidente da República, por ser a temática afeta à iniciativa privativa do(a) presidente(a) da República, nos termos do artigo 1º, parágrafo II, alínea “e”, da CF/88³⁵, o que caracteriza vício formal de iniciativa. A lei foi regulamentada pelo Decreto n. 1.948/1996, com alterações realizadas pelo Decreto n. 6.800/2009³⁶, que passou as atribuições de coordenação da Política Nacional do Idoso do Ministério da Previdência e Assistência Social para a Secretaria Especial de Direitos Humanos³⁷.

Com o Decreto n. 4.227/2002, foi instituído o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, de caráter consultivo³⁸. O Decreto n. 5.109/2004 revogou o Decreto n. 4.227/2002, e reestruturou o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, atribuindo-lhe caráter deliberativo e a finalidade de “elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da política nacional do idoso [...]”³⁹, tendo como referência o disposto no Estatuto do Idoso.

³²BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, de 05 de outubro de 1988, cit.

³³FREITAS JUNIOR, Roberto Mendes de. *Direitos e garantias do idoso: doutrina, jurisprudência e legislação*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008. VIEIRA, Reginaldo de Souza. op. cit.

³⁴BRASIL. *Lei Federal n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015.

³⁵BRASIL. *Mensagem n.º 3*. Razões dos vetos ao Projeto de Lei n.º 112 de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-8842-1994.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

³⁶BRASIL. *Decreto n.º 6.800, de 18 de março de 2009*. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015.

³⁷BRASIL. *Decreto Federal n. 1.948, de 03 de julho de 1996*. Regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015.

³⁸BRASIL. *Decreto n.º 4.227, de 13 de maio de 2002*. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4227.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015.

³⁹BRASIL. *Decreto Federal n. 5.109, de 17 de junho de 2004*. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015.

Deve-se destacar que o direito à saúde do idoso está inserido no Estatuto do Idoso, no capítulo V, artigos 15 a 19. O artigo 15 prevê: a assistência integral ao cuidado no processo de saúde/doença, em todo serviço prestado pelo SUS, com direito igual e universal para todas as pessoas que necessitem da assistência à saúde, seja no adoecimento ou nas ações para promoção e prevenção de riscos ou agravos à saúde que afetem diretamente à população idosa⁴⁰.

Para Barletta,

Identifica-se a saúde como direito prioritário da pessoa idosa por três motivos. Em primeiro lugar, pela frequência e pela rapidez em que, na terceira idade, a saúde se esvai; tornando o idoso mais suscetível aos agravos psicofísicos e ao alijamento social que colocam em xeque a vida saudável, sem a qual não há uma existência envolta pela dignidade. Em segundo lugar, pelo fato de o direito à saúde – aliado aos direitos à previdência ou à assistência e à moradia, todos de índole fundamental social – funcionar como pressuposto para que se exercitem outros direitos dos idosos, tanto individuais, quanto sociais. Em terceiro lugar, pela necessidade de se conferir às pessoas idosas prioridade no acesso à saúde em face de direitos concorrentes da mesma estirpe de pessoas de outras faixas etárias, em virtude da menor capacidade de resistência do idoso para aguardar o tratamento de saúde⁴¹.

Ressalta-se que toda pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais, conforme estabelece o Estatuto do Idoso, cujo artigo 2º assegura-lhe a proteção integral, na preservação de sua saúde física ou psíquica, moral, espiritual e social, desfrutando seus direitos com igualdade, liberdade e dignidade⁴².

4. O conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre a PNSPI

No que diz respeito ao questionamento formulado, 100% dos sujeitos da pesquisa afirmaram conhecer a PNSPI.

Tal resposta demonstra que os responsáveis pela atenção básica à saúde, nas UESF dos municípios da AMREC, tiveram alguma forma de contato a Portaria do Ministério da Saúde que instituiu a PNSPI.

⁴⁰BRASIL. *Lei Federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*, cit.

⁴¹BARLETTA, Fabiana Rodrigues. *O direito à saúde da pessoa idosa*. 287f. 2008. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, São Paulo, 2008. p. 252-252.

⁴²BRASIL. *Lei Federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*, cit.

5. Ações realizadas nos municípios da AMREC para os idosos na atenção básica à saúde, em especial nas UESF, de acordo com a PNSPI

Entre as respostas obtidas a esse questionamento, destacam-se: imunização; visita domiciliar realizada pela equipe de saúde, formada por agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos (em um dos municípios há até a participação de um fisioterapeuta [Ciclame] e, em outro, há o apoio do Núcleo de Apoio à Família [Violeta]); atendimento domiciliar semanal aos idosos acamados ou com deficiência motora; consulta de enfermagem; grupo de Hiperdia (espaço que, em alguns municípios, é usado também para atividades de educação em saúde); fornecimento de medicação no domicílio dos idosos, mediante os agentes comunitários de saúde, para aqueles que não comparecem à UESF (Begônia, Lírio, Ciclame, Violeta, Amor Perfeito, Rosa, Tulipa, Margarida, Orquídea, Camélia).

A atenção ao idoso segundo um olhar de integralidade foi citada apenas por um dos sujeitos da pesquisa (Rosa).

A integralidade consubstanciou-se em um dos princípios fundamentais da proposta de criação do SUS, constado das resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que prescreveu em seu texto a “integralidade das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo”⁴³.

O princípio da integralidade foi inserido no artigo 198, inciso II da CF/88, e no artigo 7º, inciso II da Lei Orgânica da Saúde, que compreende a integralidade na assistência “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴⁴.

Portanto, a integralidade rompe com a concepção que via o usuário dos serviços de saúde de forma isolada e segmentada. Ela é um ser humano que deve ser olhado com uma visão holística, buscando compreender os fatores determinantes e condicionantes de sua condição de saúde, para procurar no contexto da estrutura do sistema e fora dele (com a interligação com os outros serviços públicos) a melhor forma de recuperar e promover sua saúde.

No que diz respeito à educação em saúde, conforme as respostas coletadas, ela geralmente é realizada na Semana do Idoso, tendo como temas a prevenção de quedas, a sexualidade e a saúde bucal, ministrada pela equipe de saúde (especialmente médicos e enfermeiros). Além disso, os enfermeiros dão algumas orientações

⁴³BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

⁴⁴BRASIL. *Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 jun. 2015.

nos encontros de Hiperdia nas UESF (em média, uma vez ao mês). Em um dos municípios, a equipe de saúde possui um espaço semanal na rádio local para dar orientações de prevenção, inclusive para os idosos (Rosa).

A educação em saúde, dentro de uma prática emancipadora e na esteira dos princípios e diretrizes do SUS, não vislumbra o processo educativo como um momento de transmissão de conhecimento, entre um sujeito ativo que transmite o saber e sujeitos passivos, na qualidade de receptores, que recebem aquele conhecimento. Portanto deve haver o rompimento com a educação bancária, na qualidade de uma doação daqueles que se julgam os sábios⁴⁵.

Segundo Freire:

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “enchá” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanisticamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas como a da problematização dos homens em suas relações com o mundo⁴⁶.

Já a educação permanente em saúde foi relatada por metade dos sujeitos da pesquisa, da seguinte forma: “[...] em planejamento” (Ciclame, Amor Perfeito); “[...] duas a três vezes por ano” (Orquídea); “[...] através de palestras (Violeta)”; “[...] de 15 em 15 dias, através de rodas de discussão para planejamento do que irão fazer” (Begônia). Segundo Rosa, “não tinham pensado na educação permanente em saúde”.

A educação permanente em saúde não pode ser compreendida como algo estanque, formulado e aplicado de forma tradicional, sem incluir em seu processo de construção e de execução aqueles que participam do processo educativo. Portanto, ela deve partir da problematização feita pelos profissionais de saúde de seu processo de trabalho. Deste modo, “seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”⁴⁷.

A caderneta de saúde da pessoa idosa foi implantada ou está em fase de implantação em sete dos municípios da AMREC, conforme informações colhidas nas entrevistas (Rosa, Violeta, Tulipa, Amor Perfeito, Begônia, Orquídea e Margarida), sendo que, em alguns deles, foi citada a resistência dos idosos em aceitar

⁴⁵FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

⁴⁶Id. *Ibid.*, p. 77.

⁴⁷CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

utilizá-la (Margarida, Begônia, Tulipa). A existência de um médico geriatra para o atendimento aos idosos foi relatada por apenas dois dos sujeitos da pesquisa (Rosa, Lírio). A prioridade no atendimento aos idosos foi destacada em três entrevistas aplicadas (Rosa, Amor Perfeito e Margarida) e o agendamento de consultas (alguns por telefone), em cinco delas (Camélia, Tulipa, Amor Perfeito, Lírio e Ciclame).

A participação do controle social em saúde nas ações referentes aos idosos não foi destacada por nenhum dos entrevistados. Em um dos municípios da AMREC, o sujeito da pesquisa ressaltou o envolvimento do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (Rosa).

Para *Valla*, participação popular pode ser definida como

[...] as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.). [...] Esta participação, se de um lado legitima a política o Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública⁴⁸.

Conforme *Rodrigues e Azzi*, o controle social deve ser compreendido como sendo

[...] uma categoria constitutiva dos processos democráticos e tem sido reconhecido como um elemento integrante do processo de publicização. O exercício do controle social pela sociedade civil, no âmbito das políticas sociais, pode ser entendido como uma forma de relação reguladora, que visa os interesses da sociedade civil na garantia dos direitos sociais de cidadania. Por isso, o controle social não pode ser confundido apenas com controle do financiamento ou do fundo público. Ele é mais amplo, pois inclui o controle social de diretrizes, da administração da ação técnica e da destinação dos recursos⁴⁹.

No âmbito da saúde, o controle social é regulado pela Lei n. 8.142/1990⁵⁰, ocorrendo através das conferências de saúde e dos conselhos municipais de saúde.

⁴⁸VALLA, Victor Vicente. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Sup.2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>.

⁴⁹RODRIGUES, Domingos Pereira; AZZI, Luiz Gonzaga. Controle social e fragilidade da sociedade civil: um estudo sobre a vida dos CMAS de municípios do planalto catarinense. In: PEDRINI, Dalila; ADAMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa da (Orgs.). *Controle social e políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios*. São Paulo: Paulus, 2007. p. 87-111.

⁵⁰BRASIL. *Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

Os conselhos possuem caráter deliberativo e paritário, organizados nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. No âmbito do controle social em saúde, cabe destacar ainda a Resolução n. 453/2012⁵¹ do CNS, que trata da organização e do funcionamento dos conselhos de saúde.

Em relação aos conselhos de direitos da pessoa idosa, o Decreto n. 5.109/2004⁵², que trata de sua criação e composição, atribui-lhes caráter deliberativo, mas nada diz acerca da organização dos conselhos de direitos dos idosos estaduais, distritais ou municipais. Portanto, a organização de conselhos de direitos nos outros entes federativos depende da iniciativa do chefe do Executivo, que tem a competência privativa sobre a matéria. Essa ausência de regulação da temática no âmbito federal é um limitador para a organização do controle social na esfera dos direitos dos idosos, tendo em vista não haver obrigatoriedade de criá-lo – e, caso o controle social seja criado, pode ser apenas com caráter consultivo.

Os sujeitos da pesquisa também relataram outras atividades realizadas pelos municípios da AMREC com os idosos, tanto no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde quanto de outras secretarias: (a) em oito municípios, é oportunizada aos idosos a realização de atividades físicas, sendo que: (i) em dois, foram citadas as academias de rua nos bairros (Violeta e Margarida); (ii) em cinco, os idosos têm o acompanhamento de educador físico, vinculado ou não ao NASF (Begônia, Orquídea, Ciclame, Margarida e Amor Perfeito); (iii) em um, as atividades físicas são acompanhadas por um fisioterapeuta (Camélia); (iv) essas atividades são realizadas, em média, duas vezes por semana e principalmente com grupos organizados de idosos; e (v) em um dos municípios, inclusive, existe o fornecimento de protetor solar quando da realização das atividades físicas (Tulipa). (b) Todos os municípios possuem grupo de idosos com encontros semanais e realizam tardes dançantes, bingos, excursões e palestras. (c) Em um dos municípios, existe o treinamento dos agentes comunitários de saúde por fisioterapeutas para orientação aos idosos de ações de prevenção a quedas.

A PNSPI, instituída pela Portaria n. MS 2.528/2006 dispôs como ações estratégicas: (a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde; (b) Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo como referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; (c) Programa de Educação Permanente a Distância – implementar programa específico na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para os profissionais que trabalham na rede

⁵¹CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

⁵²BRASIL. Decreto Federal n. 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde; (d) Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso; (e) Assistência Farmacêutica – desenvolver ações que visem a qualificar a dispensação de medicamentos e o acesso da população idosa; (f) Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar; e (g) Imunização e Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis⁵³.

As diretrizes da promoção da saúde do idoso estão estabelecidas da seguinte maneira:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Ação integral, integrada à saúde da população idosa; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provedimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde; Divulgação e informação para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudo e pesquisa.⁵⁴

De acordo com Costa⁵⁵ e Westphal⁵⁶, a PNSPI é um avanço na integralidade das políticas setoriais e propõe uma gestão em rede intersetorial integrada para garantia da efetivação dos direitos dos cidadãos idosos. Essa efetivação pode ser realizada na atenção básica à saúde por intermédio das UESF – que surgiram para reorganizar a base do SUS, descentralizando o modelo centrado no profissional médico, curativista e hospitalocêntrico e incluindo todos os profissionais de saúde com vistas a realizar o acolhimento, a referência e a contrarreferência e com resolutividade dos problemas de saúde em âmbito coletivo, com o objetivo de promover a saúde da população⁵⁷.

⁵³BRASIL. Portaria MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006, cit.

⁵⁴Id. Ibid.

⁵⁵COSTA, Maria Fernanda Baetas Neves Alonso da. *Atenção integral à saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

⁵⁶WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 635-667.

⁵⁷OLIVEIRA, Andrea Maurício de Gouveia et al. A estratégia saúde da família e a inclusão do trabalhador como usuário de serviço de atenção básica. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 453-465.

Outro ponto questionado aos sujeitos da pesquisa foi se os municípios onde atuam aplicam a PNSPI. Conforme as respostas, constatou-se que a PNSPI está sendo aplicada parcialmente em 60% dos municípios da AMREC e integralmente nos outros 40%.

Entretanto, conforme os resultados obtidos, percebeu-se que: (a) o controle social da saúde não foi citado por nenhum dos entrevistados; (b) a existência do Conselho Municipal do Idoso foi relatada somente por um dos sujeitos da pesquisa; (c) metade dos entrevistados não relatou a realização de atividades de educação permanente em saúde, sendo que a outra metade afirmou estar planejando ou realizando atividades apenas eventuais; (c) não existe um programa permanente de educação em saúde para os idosos em nenhum dos municípios analisados; (d) em parte dos municípios, não se aplicam efetivamente ações amparadas na integralidade no atendimento ao idoso; (e) não houve a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todos os municípios; onde houve, a implantação foi realizada apenas de forma parcial; (f) somente em três municípios adota-se a prioridade de atendimento ao idoso nos serviços de saúde, em cinco com a marcação de consultas (em alguns por telefone); (g) não há um profissional médico geriatra em 80% dos municípios; (h) em 80% dos municípios, atividades físicas são desenvolvidas ou oportunizadas aos idosos; (i) 100% dos municípios possuem grupos de idosos com encontros semanais e que, por intermédio de outras secretarias, realizam tardes dançantes, bingos, excursões e palestras; e (j) de forma geral, todos os municípios realizam imunização; visita domiciliar, feita pela equipe de saúde (agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos); atendimento domiciliar semanal aos idosos acamados ou com deficiência motora; consulta de enfermagem; grupo de Hipertensão; fornecimento de medicação no domicílio dos idosos, por meio dos agentes comunitários de saúde, para aqueles que não comparecem na UESF.

Assim, apesar das informações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, o contexto integral da entrevista realizada contradiz a resposta anterior, pois – conforme o rol de ações descritas como realizadas pelos municípios na atenção básica à saúde (nas UESF) à luz da PNSPI – verifica-se que nenhum dos municípios consegue aplicar integralmente o disposto na PNSPI no âmbito de atuação municipal.

6. As dificuldades para a aplicação da PNSPI nos municípios da AMREC

Dos entrevistados, sete (70%) relataram algum tipo de dificuldade para a aplicação da PNSPI, enquanto três (30%) disseram não haver qualquer tipo de dificuldade para sua execução.

Nas falas que seguem transcritas, os entrevistados expuseram sua compreensão sobre o questionamento formulado:

[...] Dificuldade de recursos financeiros (não sabemos até onde podemos ir, quanto gastar e, às vezes, falta autorização para a realização das atividades) (Rosa).

[...] A principal dificuldade é o financeiro; [a] falta de conhecimento dos gestores e [porque eles] não avaliam o resultado disso (Ciclame).

[...] Os idosos não conseguem captar as informações e a maioria sempre está sozinha, os filhos não acompanham (Camélia).

Por fim, destaca-se que as principais dificuldades evidenciadas pelos entrevistados para a aplicação/execução da PNSPI em sua totalidade dizem respeito a três aspectos pontuais: (a) a falta de recursos financeiros ou de prioridade do gestor para ações voltadas à saúde do idoso (considerada a principal dificuldade) – alguns entrevistados disseram desconhecer o montante de verba a ser disponibilizada para essa política, o que inviabiliza a elaboração e a continuidade de programas; (b) a falta de prioridade dos próprios idosos na reivindicação de ações e serviços de saúde – em todos os municípios, os idosos exigem do gestor mais atividades de passeio e lazer do que ações e serviços específicos de saúde; e (c) a resistência dos idosos em aprender algo novo, inclusive pelo baixo nível de instrução que possuem. Percebeu-se também certo abandono da família, que não acompanha o idoso nos atendimentos nas UESF.

Um ponto que chama atenção nas dificuldades apresentadas é que elas estão relacionadas diretamente a elementos centrais das diretrizes e estratégias da PNSPI, as quais não estão sendo devidamente executadas nos municípios da AMREC.

Barletta destaca que não são poucos os direitos dos idosos, mas que sua concretização é algo ainda escasso⁵⁸. Entretanto, apesar desse quadro e, inclusive, da falta de compreensão dos idosos acerca de seus direitos, não podemos esquecer que:

Por conta de o idoso estar mais exposto às agressões tanto biológicas, provocadas pelo tempo, quanto às de índole social que necessita enfrentar; pelo fato de as alterações biológicas sofridas desencadear doenças físicas, psíquicas e neurológicas com mais facilidade e em maior pujança que na juventude, é imperioso que o direito à saúde na terceira idade seja concedido em ordem de prioridade, para salvaguarda do princípio constitucional da

⁵⁸BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.15, n.1, p. 119-136, mar./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809/85764>>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p119-136>.

dignidade humana do qual emana o princípio do melhor interesse do idoso nas contingências especialíssimas da velhice⁵⁹.

Conclusão

Com a CF/88, houve o reconhecimento do direito do idoso como um direito fundamental, de caráter social, a ser garantido pelo Estado com a participação da sociedade e da família. O Estatuto do Idoso, que veio a regulamentar o disposto na Constituição, estabeleceu diversas ações para a garantia dos direitos fundamentais da pessoa idosa, dentre os quais os de proteção de sua saúde. Já em 2006, foi editada a Portaria n. 2.528/2006, que estabeleceu a PNSPI, a ser implantada por todos os entes federativos no âmbito do SUS.

A pesquisa com os coordenadores da atenção básica à saúde, em especial das UESF dos municípios da AMREC, permitiu chegar a algumas conclusões: (a) a prevalência dos profissionais enfermeiros na coordenação da atenção básica à saúde dos municípios objetos da pesquisa, que decorre do perfil formativo desses profissionais; (b) o tempo de exercício do cargo pelos sujeitos da pesquisa corrobora o entendimento de que o critério de nomeação é mais político do que técnico – o que dificulta o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde de médio e longo prazo, pelos moldes previstos na PNSPI; (c) o Estatuto do Idoso é de conhecimento de todos os sujeitos da pesquisa; 90% deles definiram a idade legal para que a pessoa possa ser reconhecida como idosa; (d) a totalidade dos municípios não aplica integralmente a PNSPI; (e) não há planejamento e execução de uma política continuada de educação em saúde; (f) a educação permanente é algo que praticamente inexistente, ocorrendo em alguns municípios apenas de forma eventual, o que impossibilita a formação adequada dos profissionais de saúde que atuam nas UESF e na implantação da PNSPI; (g) em nenhum dos municípios existem ações voltadas ao controle social em saúde no âmbito da PNSPI; e (h) várias ações previstas na PNSPI são realizadas, inclusive a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em parte dos municípios.

Pela análise dos dados coletados, a percepção é muito clara de que as dificuldades apresentadas pelos sujeitos da pesquisa relacionam-se à concretização de pontos importantes das diretrizes e das estratégias da PNSPI, tais como: (a) não existe uma política planejada e contínua de educação em saúde para os idosos – construída com eles, que possa despertar-lhes para os cuidados de sua saúde – e na luta por ampliação e qualificação dos serviços de saúde prestados, assim como na definição de suas prioridades; (b) não existe um estímulo ao exercício do controle social, seja no âmbito da saúde seja no do Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMPI),

⁵⁹BARLETTA, Fabiana Rodrigues. *A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso*, cit.

o que acaba tendo como consequência a não definição da atenção à saúde do idoso e, muitas vezes, da prestação com qualidade e de forma mais completa e universal possível dos serviços de saúde como um todo pelo gestor municipal.

Isso só pode ser mudado com a participação e a construção de ações e serviços de saúde mediante o controle social em saúde, no âmbito das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, criando-se as condições para que se rompa com práticas clientelistas⁶⁰.

Por fim, cabe ressaltar uma constatação da pesquisa que tem implicações no planejamento e na execução de ações do âmbito da saúde de médio e longo prazo, a exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a falta de continuidade no cargo dos responsáveis pela coordenação da PNSPI no âmbito municipal. Tal contexto demonstra a supremacia do aspecto político e eleitoral sobre o caráter técnico para o exercício da função, o que enfraquece e, muitas vezes, acaba comprometendo a gestão e a execução de ações essenciais no âmbito da saúde, como a PNSPI.

Referências

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. *O direito à saúde da pessoa idosa*. 287f. 2008. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, São Paulo, 2008.

_____. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.15, n.1, p. 119-136, mar./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809/85764>>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p119-136>.

BRASIL. *Mensagem nº 3*. Razões dos vetos ao Projeto de Lei nº 112 de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-8842-1994.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ages/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

⁶⁰VIEIRA, Reginaldo de Souza. op. cit.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 6. ed. Coimbra: Almedina, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 Jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

COSTA NETO, Milton Menezes (Org.). *Educação permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

COSTA, Maria Fernanda Baetas Neves Alonso da. *Atenção integral à saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: _____. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS JUNIOR, Roberto Mendes de. *Direitos e garantias do idoso: doutrina, jurisprudência e legislação*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. Direitos fundamentais, processo e princípio da proporcionalidade. In: _____. (Org.). *Dos direitos humanos aos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997. p. 11-29.

IBGE. *Censo de 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

_____. *Pesquisa nacional de saúde - 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidade da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos & pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, n. 34, 2014. Disponível: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

KEINERT, Tânia Margareth Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.), São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MEZZAROBBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. *Manual de metodologia da pesquisa no direito*. São Paulo: Saraiva, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MIRANDA, Jorge. *Manual de direito constitucional*. 3. ed. Coimbra: Coimbra Ed., 2000. Tomo IV: direitos fundamentais.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; RIBEIRO, Mônica Priscila; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. Saúde do idoso. In: _____. SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 305-357.

OLIVEIRA, Andrea Maurício de Gouveia et al. A estratégia saúde da família e a inclusão do trabalhador como usuário de serviço de atenção básica. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 453-465.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE O ENVELHECIMENTO. *Relatório*, 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE O ENVELHECIMENTO. *Relatório*, 1982. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

RODRIGUES, Domingos Pereira; AZZI, Luiz Gonzaga. Controle social e fragilidade da sociedade civil: um estudo sobre a vida dos CMAS de municípios do planalto catarinense. In: PEDRINI, Dalila; ADAMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa da (Orgs.). *Controle social e políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios*. São Paulo: Paulus, 2007. p. 87-111.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 8. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livr. do Advogado, 2007.

SCHMINSKI VIEIRA, Roseli et al. A atuação dos enfermeiros nas notificações compulsórias de trabalho precoce, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Criciúma/SC. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 132-156, mar./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55698/59114>>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p132-156>.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Pessoa idosa: documentos legais*. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2_of_DOCUMENTOS_LEGAI5.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

SILVA, José Afonso. *Direito constitucional positivo*. 34. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2011.

VALLA, Victor Vicente. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Sup.2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. *A cidadania da República participativa*: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde. 2013. 540f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2013.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 635-667.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. “*Envelhecer bem*” deve ser uma prioridade global. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. *Good health adds life to years*: global brief for world health day 2012. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

Agradecimentos

Aos coordenadores da atenção básica à saúde (UESF) dos municípios de Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga (que fazem parte da Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC), que concordaram em participar deste estudo. Ao Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC).

Reginaldo de Souza Vieira - Doutor e mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina; bacharel em Direito pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Líder do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (LADSSC-UNESC) e do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED-UNESC). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS-UNESC). Membro Titular da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Advogado. Criciúma/SC, Brasil. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.

Roseli Schminski Vieira – Especialista em Gestão na Atenção Básica à Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Enfermeira. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (LADSSC/UNESC). Criciúma/SC, Brasil. E-mail: roseschminski@gmail.com.